自治体病院共済会
トータルサポート推進室　行

（FAX:03-3265-5868）

出前講座　申込書

申込日　　月　　日

支部病院名			
ご担当者 氏　名	（フリガナ）	部署名	
		役職名	
	E-mail		
TEL		FAX	
講座希望 メニュー	第1希望	第2希望	
候補日時	第1希望	第2希望	
参加予定人数			
ZOOM ライセンスユーザーの有無	有　・　無	※ZOOMﾗｲｾﾝｽﾕｰｻﾞｰが無い場合は、弊社アカウントで対応可能です。	
備考欄	その他ご要望等ございましたらご記入ください。		

■お申込み方法

（1）本申込書をご記入の上、下記メールまたはFAXにてお送りください。

（2）お申込み後、弊社よりご連絡いたします。

問合せ先：　㈱自治体病院共済会
トータルサポート推進室

TEL:03-3263-3397

FAX:03-3265-5868

E-mail：t-support@jichikyo.co.jp